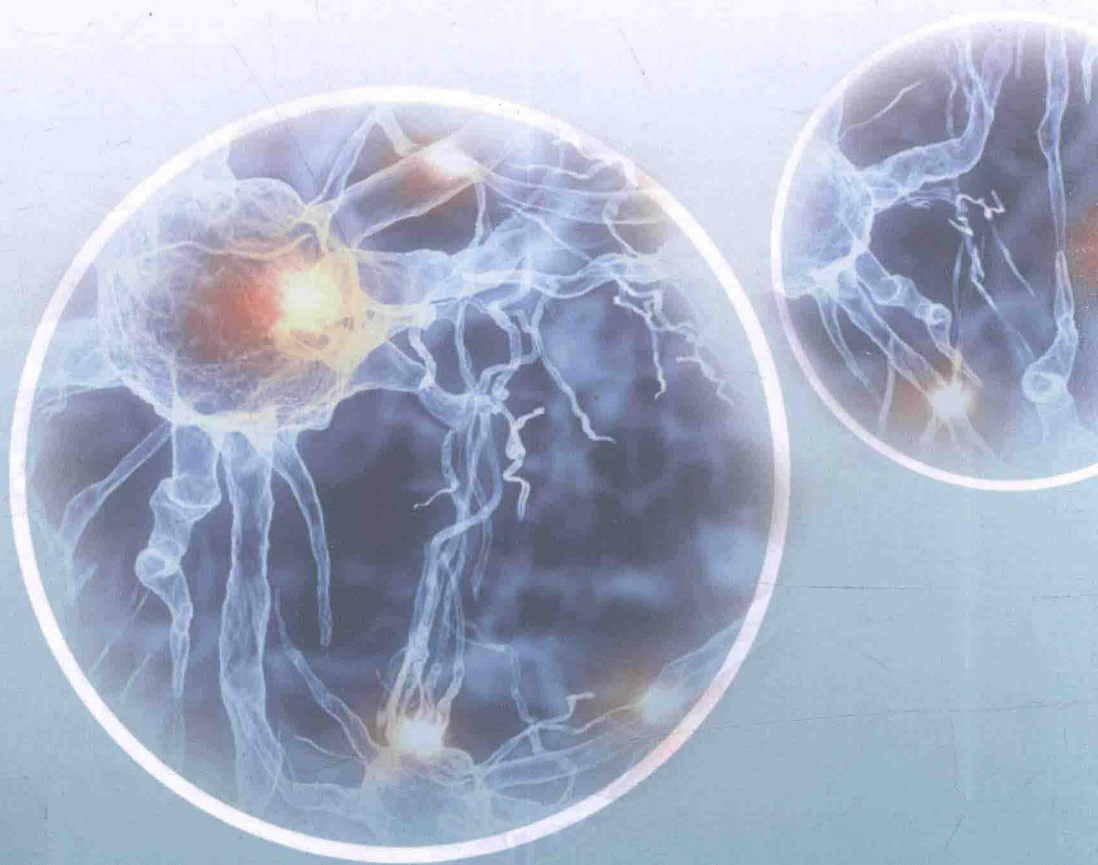


神经内科急症与 常见病治疗学

上

马翔凌等◎主编



IC 吉林科学技术出版社

神经内科 急症与常见病治疗学

(上)

马翔凌等◎主编

图书在版编目 (C I P) 数据

神经内科急症与常见病治疗学/ 马翔凌等主编. --
长春: 吉林科学技术出版社, 2016. 9
ISBN 978-7-5578-1144-0

I. ①神… II. ①马… III. ①神经系统疾病—急性病—
一诊疗②神经系统疾病—常见病—诊疗IV. ①R741.059.7

中国版本图书馆CIP数据核字(2016) 第167918号

神经内科急症与常见病治疗学

SHENJING NEIKE JIZHENG YU CHANGJIANBING ZHILIAOXUE

主 编	马翔凌 谭相如 乔 芳 张光锋 赵红领 徐晓妍
副 主 编	张利平 朱美娥 张跃亮 王庆伟
	邹 瑾 时贤德 吕爱红 王 欣
出 版 人	李 梁
责任编辑	张 凌 张 卓
封面设计	长春创意广告图文制作有限责任公司
制 版	长春创意广告图文制作有限责任公司
开 本	787mm×1092mm 1/16
字 数	1044千字
印 张	42.5
版 次	2016年9月第1版
印 次	2017年6月第1版第2次印刷

出 版	吉林科学技术出版社
发 行	吉林科学技术出版社
地 址	长春市人民大街4646号
邮 编	130021
发行部电话/传真	0431-85635177 85651759 85651628
	85652585 85635176
储运部电话	0431-86059116
编辑部电话	0431-86037565
网 址	www.jlstp.net
印 刷	虎彩印艺股份有限公司

书 号	ISBN 978-7-5578-1144-0
定 价	170.00元

如有印装质量问题 可寄出版社调换

因本书作者较多, 联系未果, 如作者看到此声明, 请尽快来电或来函与编辑部联系, 以便商洽相应稿酬支付事宜。

版权所有 翻印必究 举报电话: 0431-86037565

主编简介



马翔凌

1963年出生，就职于内蒙古自治区人民医院神经内科，主任医师。1985年7月毕业于内蒙古医学院医疗系，从事神经内科专业研究，专业特长：脑血管病、神经肌肉疾病研究等。获得自治区科技进步三等奖3项，自治区医学会科技进步二等奖、三等奖各1项，呼和浩特市科技进步三等奖1项。主持完成自治区自然科学基金项目3项，其中2项已经结题。发表相关论文10多篇，参编著作1部。



谭相如

1983年出生，就职于曹县人民医院神经内科，主治医师。2010年7月毕业于大连医科大学并获得神经病学硕士研究生学位。专业特长：脑血管病介入治疗；眩晕诊断及治疗；运动障碍性疾病；神经肌肉疾病。



乔芳

1967年出生，大学本科毕业，神经内科副主任医师。1991年毕业于河南医科大学临床医学专业，现任郑州大学附属郑州中心医院神经电生理科主任。中国医师协会首届肌电图电生理专业委员会委员，河南省医学会老年病分会委员，河南省医学会神经电生理分会青年委员。毕业20年来，从事神经内科常见病和急、危重疾病的诊治，在积累了多年神经内科临床经验的基础上，熟练掌握神经电生理诊断技术，并将其与临床相结合，尤其擅长周围神经疾病。发表学术论文20余篇。

编 委 会

主 编 马翔凌 谭相如 乔 芳
张光锋 赵红领 徐晓妍

副主编 张利平 朱美娥 张跃亮 王庆伟
邹 瑾 时贤德 吕爱红 王 欣

编 委

(按姓氏笔画排序)

于焕清 山东青岛中西医结合医院
马世江 新乡医学院第三附属医院
马翔凌 内蒙古自治区人民医院
王 欣 青岛市第三人民医院
王庆伟 长春中医药大学附属医院
吕爱红 郑州市第一人民医院
朱美娥 华中科技大学同济医学院附属荆州医院
乔 芳 郑州大学附属郑州中心医院
闫 禹 河南省南阳市中心医院
杨 帆 中国人民解放军第150中心医院
时贤德 苏州市立医院本部
邹 瑾 邯郸钢铁集团有限责任公司职工医院
张光锋 甘肃省景泰县一条山社区卫生服务中心
张利平 郑州市中医院
张跃亮 十堰市太和医院
(湖北医药学院附属医院)
赵红领 新乡市中心医院
贺光辉 山东电力中心医院
徐 慧 中国人民解放军第四〇一医院
徐晓妍 河南中医药大学第一附属医院
康秀丽 平顶山市中医医院
谭相如 山东省曹县人民医院

· 前 言 ·

神经内科是内科学的一个分支，近年来由于科学技术的迅速发展，新的诊疗技术不断涌现，大大促进了神经内科学的发展。这对于神经内科医师提出了更高的要求，其不仅需要现代化的辅助诊疗监测技术，还需要全面掌握神经内科学的基础知识和临床技能，只有这样才能及时、准确地诊断疾病，给予患者及时合理的治疗和康复建议。

本书主要写了神经内科常见症状与体征、神经内科的检查方法与监护以及神经内科常见疾病的诊疗等内容，并且对神经系统常见病的介入治疗与护理也做了详细阐述。内容丰富，资料新颖，紧扣临床。在编写过程中，编者吐故纳新并融汇中外最新神经科学学术研究成果，以求与广大同仁学习，为社会民生提供更高水平的医疗服务。

本书编委均是高学历、高年资、精干的专业医务工作者，对各位同道的辛勤笔耕和认真校对深表感谢！鉴于本书涉及诸多专业，编写人员多，在各章内容的深度与广度上可能不太一致，且限于时间有限，书中可能存在不妥之处，望读者不吝指正。以便再版时修正。

编 者
2016年9月

· 目 录 ·

第一章 神经内科疾病常见症状与体征	1
第一节 意识障碍	1
第二节 失语症、失用症、失认症	6
第三节 头痛	11
第四节 眩晕	12
第五节 晕厥	15
第六节 耳鸣	17
第七节 瘫痪	19
第八节 躯体感觉障碍	30
第九节 不自主运动	32
第十节 共济失调	34
第十一节 尿便障碍	36
第二章 神经系统特殊检查方法	39
第一节 失语症检查法	39
第二节 智能、失认、失用检查法	43
第三节 前庭功能检查法	48
第四节 昏迷患者神经系统检查法	50
第五节 神经心理学评定	52
第三章 神经系统的现代监护	56
第一节 神经系统功能监测	56
第二节 颅内压监测	61
第三节 代谢监测	63
第四章 脑血管疾病	68
第一节 短暂性脑缺血发作	68
第二节 脑梗死	74
第三节 脑栓塞	99
第四节 自发性脑出血	100
第五节 蛛网膜下腔出血	105
第六节 高血压脑病	109
第七节 脑动脉炎	111

第八节	颅内动脉瘤·····	117
第九节	脑动静脉畸形·····	120
第十节	颅内静脉窦及静脉血栓形成·····	121
第五章	中枢神经系统感染性疾病·····	129
第一节	脑炎·····	129
第二节	脑膜炎·····	142
第三节	脑脓肿·····	166
第四节	神经系统寄生虫感染·····	170
第五节	神经梅毒·····	177
第六节	中枢神经系统真菌感染·····	180
第七节	获得性免疫缺陷综合征·····	183
第八节	带状疱疹及神经系统并发症·····	185
第六章	中枢神经系统脱髓鞘疾病·····	188
第一节	多发性硬化·····	188
第二节	弥漫性硬化·····	192
第三节	同心圆性硬化·····	193
第四节	视神经脊髓炎·····	194
第五节	脑白质营养不良·····	196
第六节	急性播散性脑脊髓炎·····	199
第七节	脑桥中央髓鞘溶解症·····	201
第七章	周围神经疾病·····	203
第一节	脑神经疾病·····	203
第二节	脊神经疾病·····	211
第三节	吉兰-巴雷综合征·····	229
第四节	血管炎性神经病·····	232
第五节	药物性周围神经病·····	235
第六节	中毒性神经病·····	236
第七节	副肿瘤综合征性多发性周围神经病·····	238
第八节	糖尿病性周围神经病·····	239
第八章	脊髓疾病·····	242
第一节	急性脊髓炎·····	242
第二节	脊髓压迫症·····	245
第三节	脊髓空洞症·····	248
第四节	脊髓血管疾病·····	252
第五节	脊髓亚急性联合变性·····	255
第六节	脊髓肿瘤·····	257
第七节	脊髓缺血·····	258
第八节	脊髓动脉血栓形成·····	259
第九节	自发性椎管内出血·····	261

第十节 脊髓血管畸形·····	262
第十一节 脊髓血管栓塞·····	265
第十二节 脊髓拴系综合征·····	266
第十三节 肝性脊髓病·····	267
第九章 脑神经疾病·····	270
第一节 嗅神经疾病·····	270
第二节 视神经疾病·····	272
第三节 动眼、滑车及展神经疾病·····	279
第四节 三叉神经疾病·····	288
第五节 面神经病·····	297
第六节 耳蜗、前庭神经疾病·····	303
第七节 第Ⅸ、X、XI、XII对脑神经·····	314
第十章 运动障碍性疾病·····	317
第一节 震颤·····	317
第二节 痉挛·····	323
第三节 肌阵挛·····	332
第四节 抽动障碍·····	338
第五节 肌张力障碍·····	344
第六节 异常运动障碍·····	350
第七节 运动障碍急症·····	358
第八节 肝豆状核变性·····	366
第九节 多系统萎缩·····	369
第十节 帕金森病·····	377
第十一节 帕金森综合征·····	387
第十二节 帕金森病与疼痛·····	391
第十三节 舞蹈病·····	394
第十一章 神经肌肉接头及肌肉病变·····	405
第一节 重症肌无力·····	405
第二节 多发性肌炎·····	417
第三节 周期性瘫痪·····	429
第四节 进行性肌营养不良·····	431
第五节 肌强直性肌病·····	435
第十二章 发作性疾病·····	439
第一节 癫痫的流行病学·····	439
第二节 癫痫的病因与发病机制·····	440
第三节 癫痫的分类与临床表现·····	444
第四节 癫痫持续状态·····	450
第五节 癫痫的诊断与鉴别诊断·····	451
第六节 癫痫的治疗与预后·····	456

第七节	发热惊厥·····	462
第八节	发作性睡病·····	469
第十三章	痴呆·····	477
第一节	概述·····	477
第二节	Alzheimer 病·····	481
第三节	血管性痴呆·····	490
第四节	Lewy 包涵体痴呆·····	495
第五节	额颞痴呆·····	498
第六节	弥漫性神经原纤维缠结伴钙化症·····	499
第十四章	中毒与物理因素疾病·····	503
第一节	食物中毒·····	503
第二节	农药中毒·····	507
第三节	生物毒素中毒·····	514
第四节	药物中毒·····	519
第五节	工业毒物中毒·····	525
第六节	物理性神经损伤·····	540
第十五章	脑血管疾病的综合介入治疗·····	546
第一节	介入溶栓术·····	546
第二节	颈动脉颅外段狭窄支架血管内成形术·····	548
第三节	症状性颅内动脉狭窄血管内成形术·····	550
第四节	静脉性脑血管病的介入治疗·····	553
第五节	动脉瘤的介入治疗·····	554
第六节	动静脉畸形的介入治疗·····	557
第七节	动脉夹层的介入治疗·····	558
第十六章	脑血管介入的并发症及处理·····	559
第一节	概述·····	559
第二节	系统性并发症·····	560
第三节	穿刺点并发症·····	561
第四节	介入治疗局部和周围血管的并发症·····	567
第五节	神经系统和终末器官的并发症·····	570
第六节	造影剂相关的并发症·····	574
第七节	如何减少介入相关的并发症·····	577
第八节	介入操作的学习曲线·····	579
第十七章	颅脑肿瘤的介入治疗·····	580
第一节	脑膜瘤的诊断·····	580
第二节	脑膜瘤介入治疗·····	585
第三节	颅内动脉瘤介入治疗·····	588
第十八章	周围血管疾病的综合介入治疗·····	602
第一节	主动脉疾病的介入治疗·····	602

第二节	肾动脉疾病的介入治疗·····	605
第三节	下肢动脉闭塞性疾病的介入治疗·····	609
第四节	静脉系统血栓性病变的介入治疗·····	615
第十九章	椎-基底动脉狭窄的介入治疗·····	620
第一节	椎-基底动脉系统的解剖学特点·····	620
第二节	椎-基底动脉系统·····	624
第三节	椎-基底动脉系统缺血性脑卒中的病因和临床表现·····	626
第四节	椎-基底动脉狭窄的临床评估及干预策略·····	628
第五节	椎-基底动脉血管内介入治疗的适应证·····	631
第六节	椎-基底动脉血管成形术及支架置入术·····	634
第七节	后循环介入治疗的循证医学证据·····	639
第二十章	神经系统疾病护理常规·····	643
第一节	神经系统常见症状护理·····	643
第二节	脑血栓形成·····	653
第三节	脑栓塞·····	657
第四节	脑出血·····	659
第五节	脑梗死·····	662
第六节	蛛网膜下腔出血·····	665
参考文献 ·····		668

第一章

神经内科疾病常见症状与体征

第一节 意识障碍

一、意识障碍的概念

意识是中枢神经系统对内外环境中的刺激所做出的有意义的应答能力。它通过人的语言、躯体运动和行为表达出来。使人体能正确而清晰地认识自我和周围环境。对各种刺激能做出迅速、正确的反应。当这种应答能力减退或消失时就导致不同程度的意识障碍。

完整的意识由两个方面组成，即意识的内容和觉醒系统。意识的内容是大脑对来自自身和周围环境的多重感觉输入的高水平的整合，是高级的皮质活动，包括定向力、感知觉、注意、记忆、思维、情感、行为等，使人体和外界环境保持完整的联系。意识的觉醒系统是各种传入神经冲动激活大脑皮质，使其维持一定水平的兴奋性，使机体处于觉醒状态，临床上常说的昏迷、昏睡、嗜睡、警觉即视为不同的觉醒状态。

意识的改变从概念上分为两类，一类累及觉醒，即意识的“开关”，出现一系列从觉醒到昏迷的连续行为状态。临床上区别为清醒、嗜睡、昏睡及昏迷，这些状态是动态的，可随时间改变而改变，前后两者之间无截然的界限，其中昏睡和昏迷是严重的意识障碍；另一类累及意识的内容，即大脑的高级功能，涉及认知与情感，此类意识改变涉及谵妄、精神错乱、酩酊状态、痴呆和癡症等。

二、意识障碍的诊断

对意识障碍患者的评价首先要明确意识障碍的特点（如急性意识错乱状态、昏迷、痴呆、遗忘综合征等），其次就是明确病因。现将诊断步骤概括如下。

（一）病史采集

尤其对昏迷患者的病因判断极为重要，应尽可能地向患者的朋友、家属、目击者、救护人员询问患者发病当时的情况，既往病史以及患者的社会背景、生活环境。

1. 现病史 注意了解患者昏迷起病的缓急。急性起病，昏迷为首发症状，历时持久常为脑卒中、脑创伤、急性药物中毒、急性脑缺氧等。急性昏迷、历时短暂，提示痫性发作、脑震荡、高血压脑病、阿-斯综合征等。慢性昏迷或在某些疾病基础上逐渐发展变化而来，提示脑膜脑炎、脑肿瘤、慢性硬膜下血肿、感染中毒性脑病、慢性代谢性脑病（如尿毒症、肝性脑病、肺性脑病）等。

注意了解昏迷前出现的症状：昏迷前有突然剧烈头痛的，可能为蛛网膜下隙出血。昏迷前有突然眩晕、恶心、呕吐的，可能为脑干或小脑卒中。昏迷前伴有偏瘫的，可能为脑卒中、脑脓肿、脑肿瘤或某些病毒性脑炎、脱髓鞘脑病等。昏迷前伴有发热的，可能为脑膜脑炎、某些感染中毒性脑病、中暑、甲状腺危象、癌肿恶液质等。昏迷前伴有抽搐，可能为脑卒中、脑动静脉畸形、脑肿瘤、中枢神经系统感染、高血压性脑病、癫痫、妊娠子痫、脑缺氧、尿毒症、药物或乙醇戒断。昏迷前伴有精神症状，可能为肝性脑病、尿毒症、肺性脑病、水电解质紊乱、某些内分泌性脑病（肾上腺危象和甲状腺功能减退）或 Wernicke 脑病、脑炎、药物戒断。昏迷前伴有黑便的常见于上消化道出血，肝硬化患者常可诱发肝性脑病。昏迷前有恶心呕吐的，应考虑有无中毒的可能。

2. 既往史 更能提供意识障碍的病因线索。应尽可能地向家属，有时是通过既往的经治医生来询问。

(1) 心血管系统：卒中、高血压、血管炎或心脏病或许能提示意识错乱状态和多发梗死性痴呆的血管性原因。

(2) 糖尿病史：糖尿病患者认知紊乱常由高渗性酮症状态或胰岛素诱发低血糖所致。

(3) 癫痫发作；癫痫病史对持续痫性发作、发作后意识模糊状态或意识障碍伴有脑外伤患者可能提供病因诊断。

(4) 脑外伤史：近期脑外伤常致颅内出血，时间久些的脑外伤可产生遗忘综合征或慢性硬膜下血肿伴痴呆。

(5) 乙醇史：对乙醇依赖的患者更易出现急性意识错乱状态，原因有乙醇中毒、戒断、醉酒后、醉酒后脑外伤、肝性脑病及 Wernicke 脑病。酗酒患者慢性记忆障碍可能为 Korsakoff 综合征。

(6) 药物史：急性意识错乱状态也常常由药物所致。如胰岛素、镇静催眠剂、鸦片、抗抑郁药、抗精神病药、致幻觉剂，或镇静药物的戒断。老年人对某些药物认知损害的副作用更为敏感。而年轻人往往有很好的耐受性。

(7) 精神疾病史：有精神障碍病史的患者出现的意识障碍常常是由于治疗精神病药物过量。如苯二氮草类药、抗抑郁药、抗精神病药。

(8) 其他：对于性乱者、静脉注射药物者、输入被感染的血液及凝血因子血制品者及上述这些人的性伴侣、感染母亲的婴儿都有感染 AIDS 的危险。

发病时的周围环境和现场特点也应在病史中间及：①冬季，如北方冬天屋内生活取暖易导致 CO 中毒；②晨起发现昏迷的患者，应想到心脑血管病、CO 中毒、服毒、低血糖昏迷；③注意可能发生头部外伤的病史和现场；④注意患者周围的药瓶、未服完的药片、应收集呕吐物并准备化验；⑤周围温度环境，如高温作业、中暑等。

(二) 一般体格检查

目的在于寻找昏迷的可能病因。

(1) 生命体征：注意血压、脉搏、体温和呼吸变化。

(2) 皮肤及黏膜。

(3) 头部及颈部。

(4) 口部及口味异常。

(5) 胸、腹、心脏及肢体。

（三）神经系统检查

仔细查体，搜寻定位体征，以确定病变的部位。

（四）观察患者

观察患者是否处于一种自然、合适的体位，如果和自然的睡眠一样，意识障碍的程度可能不深。哈欠、喷嚏也有助于判断意识障碍的深浅。张口及下颌脱落常提示患者的意识障碍可能较重。

意识状态有以下几种情况。

（1）意识模糊：是一种常见的轻度意识障碍。有觉醒和内容两方面的变化，表现为淡漠、嗜睡、注意力不集中，思维欠清晰，伴有定向障碍。常见的病因为中毒、代谢紊乱，也有部分患者可以表现大脑皮质局灶损害的特征，尤其当右侧额叶损害较重时。

（2）谵妄：是一种最常见的精神错乱状态，表现为意识内容清晰度降低。特点为急性起病，病程波动的注意力异常，睡眠觉醒周期紊乱，语无伦次、情绪不稳，常有错觉和幻觉。临床上，谵妄必须与痴呆、感觉性失语及精神病相鉴别。

（3）嗜睡：觉醒的减退，是意识障碍的早期表现。对言语刺激有反应，能被唤醒，醒后能勉强配合检查，简单地回答问题，刺激停止后又入睡。

（4）昏睡：较重的痛觉或大声的语言刺激方可唤醒，并能做简短、含糊而不完全的答话，当刺激停止时，患者立即又进入昏睡。

（5）浅昏迷：仍有较少的无意识自发动作，对疼痛刺激有躲避反应及痛苦表情，但不能回答问题或执行简单的命令。各种反射存在，生命体征无明显改变。

（6）深昏迷：自发性动作完全消失，肌肉松弛，对外界刺激均无任何反应，各种反射均消失，病理征继续存在或消失，生命体征常有改变。

三、昏迷的鉴别诊断

（一）判断是否为昏迷

通过病史询问和体格检查，判断患者是否有昏迷。一般不会很困难，但一些精神病理状态和闭锁综合征，也可对刺激无反应，貌似昏迷，需加以鉴别。

（1）醒状昏迷：患者表现为双目睁开，眼睑开闭自如，眼球可以无目的的活动，似乎意识清醒，但其知觉、思维、语言、记忆、情感、意识等活动均完全丧失。呼之不应，而觉醒—睡眠周期保存。临床上包括：①去皮质综合征：多见于缺氧性脑病和脑外伤等，在疾病的恢复过程中皮质下中枢及脑干因受损较轻而先恢复，皮质广泛损害重仍处于抑制状态；②无动性缄默症：病变位于脑干上部和丘脑的网状激活系统，大脑半球及其传出通路则无病变。

（2）持久植物状态：是指大脑损害后仅保存间脑和脑干功能的意识障碍，多见于脑外伤患者，经去大脑皮质状态而得以长期生存。

（3）假性昏迷：意识并非真正消失，但不能表达和反应的一种精神状态，维持正常意识的神经结构并无受损，心理活动和觉醒状态保存。临床上貌似昏迷。

（4）心因性不反应状态：见于癔病和强烈的精神创伤之后，患者看似无反应，生理上觉醒状态保存，神经系统和其他检查正常。在检查者试图令患者睁开双眼时，会有主动的抵

抗，脑电图检查正常。

(5) 木僵状态：常见于精神分裂症，患者不言、不动、不食，甚至对强烈的刺激亦无反应。常伴有蜡样弯曲、违拗症等，并伴有发绀、流涎、体温过低、尿潴留等自主神经功能紊乱，缓解后患者可清晰回忆起发病时的情况。

(6) 意志缺乏症：是一种严重的淡漠，行为上表现不讲话，无自主运动，严重的病例类似无动性缄默症，但患者能保持警觉并意识到自己的环境。

(7) 癫痫伴发的精神障碍：可出现在癫痫发作前、发作时和发作后，也可以单独发生，表现有精神错乱、意识模糊、定向障碍、反应迟钝、幻觉等。

(8) 闭锁综合征：见于脑桥基底部病变，患者四肢及脑桥以下脑神经均瘫痪，仅能以眼球运动示意。因大脑半球及脑干背盖部网状激活系统无损，故意识保持清醒，因患者不动不语而易被误诊为昏迷。

(二) 判断病变部位

根据昏迷患者有无神经系统损害表现、颅内压增高和其他系统的表现，可推测导致昏迷的病因是在颅内还是颅外，颅内病变又可根据其范围和性质分为幕上、幕下，局灶性病变还是弥漫性病变。

四、昏迷的病因

昏迷是最严重的意识障碍，并不都是原发于中枢神经系统的损害，也多见于其他各科疾病中。了解昏迷可能的病因对于临床医生工作中配合抢救、处理昏迷患者具有指导意义。昏迷的病因见表 1-1、表 1-2 和表 1-3。

表 1-1 昏迷的病因

颅内器质性损害	
脑外伤	脑震荡，脑挫伤，外伤性颅内出血，硬膜下血肿，硬膜外血肿
脑血管病	颅内出血，高血压性脑出血，动脉瘤破裂伴脑实质血肿，动静脉畸形，其他如出血性疾病、肿瘤出血、蛛网膜下隙出血等 继发于外伤后 脑梗死，脑血栓形成，脑栓塞，血管炎
感染	脑炎，脑膜炎，脑脓肿，感染性静脉窦血栓形成
肿瘤	原发颅内肿瘤，转移瘤，恶性肿瘤非转移并发症（如进行性多灶性白质脑病）
昏迷的全身性疾病	
代谢性脑病	低血糖，糖尿病酮症，高渗性非酮症昏迷，脏器功能衰竭 尿毒症，透析性脑病 肝性脑病 垂体前叶功能减退，肾上腺危象，甲状腺危象，黏液性水肿 水电解质紊乱，低钠血症，高血钙和低血钙 缺氧性脑病，严重充血性心力衰竭，急性心肌梗死，阿—斯综合征，失代偿性慢性阻塞性肺病，高血压性脑病

续 表

中毒性脑病	败血症，中毒性感染（如细菌性痢疾） 重金属中毒（如铅、汞、砷、铊、氟） 一氧化碳中毒、其他吸入物 药物（如鸦片、巴比妥、地西洋、可卡因、神经阻断剂） 乙醇 农药 食物（毒草碱、鱼胆中毒） 物理因子，中暑，低温 营养不良状态，Wernicke 脑病
-------	---

表 1-2 结构性或外科性昏迷的原因

外伤	硬膜下损伤，硬膜外损伤，弥散性轴索损伤，脑挫裂伤，穿通性头部损伤
颅内出血	蛛网膜下隙出血 脑出血〔后颅凹（脑桥，小脑），幕上（基底核，脑叶）〕
缺血性卒中	大面积大脑中动脉梗死伴有脑疝 脑干卒中累及双侧喙侧脑桥或中脑 基底动脉尖综合征伴有双侧丘脑和喙侧中脑梗死
弥散性微血管异常	血栓形成性血小板减少性紫癜 落矶山斑疹热 脑性疟疾
肿瘤	多形性成胶质细胞瘤伴脑疝 多发性转移病变
其他疾病	渗透性脱髓鞘综合征（脑桥中央溶解症）

表 1-3 代谢性或内科性昏迷的原因

药物过量	苯二氮革类，巴比妥类，阿片类，三环类药物
感染性疾病	脓毒症，细菌性脑膜炎，脑炎（如：单纯疱疹性，虫媒病毒感染）
内分泌障碍性疾病	低血糖反应，糖尿病性酮症酸中毒，高渗性昏迷，黏液水肿，甲状腺功能亢进
代谢性异常	低钠血症，高钠血症，尿毒症，肝性脑病，高血压性脑病，低镁性假性昏迷
中毒反应	一氧化碳中毒，乙醇中毒，扑热息痛过量，乙烯乙二醇中毒
药物副作用	Reye 综合征，精神抑制药恶性综合征，中枢神经抗胆碱能综合征，血清紧张素综合征，异烟肼
缺乏状态	硫胺缺乏（Wernicke 脑病），烟酸缺乏（糙皮病）
低温	
心因性昏迷	

五、昏迷的实验室检查

(一) 常规检查

有助于昏迷病因的定性和鉴别诊断。包括血、尿、便分析，尿素氮和肌酐的测定，快速血糖、血钙、血钠检测及血气分析、肝功能、酶学、渗透压、心电图和胸片等。

(二) 毒物的筛查

可对患者的尿、胃肠内容物进行毒物的检测。包括鸦片、巴比妥盐、镇静剂、抗抑郁药、可卡因和乙醇等。

(三) 特殊检查

1. 头颅 X 线片 因价廉、操作简便、快速而不失为基层医院常用的检查手段，对脑外伤具有重要的诊断价值。能发现颅骨骨折，有无颅内异物和颅内积气。如果见到脑回压迹、颅缝分离、蝶鞍吸收和扩大、颅骨普遍性吸收萎缩、蛛网膜粒压迹增大等常提示有颅内压增高。

2. 脑电图 疑似脑炎、癫痫发作后昏迷状态的患者，可行脑电图检查。此外还有助于昏迷与闭锁综合征、癔病、紧张症的鉴别及脑死亡的判定。

3. 腰椎穿刺 高热伴脑膜刺激征者或暂时原因不明的昏迷患者应做腰椎穿刺以明确诊断。颅内压增高行腰椎穿刺后脑疝的发生率为 1% ~ 12%，如怀疑患者脑疝形成，应先行头颅 CT 检查，备好静脉注射甘露醇及抢救措施，以防发生脑疝。颅内压显著增高者，留取 2 ~ 3ml 脑脊液供生化、常规、涂片、培养用。对有出血倾向患者，穿刺可诱发脊髓硬膜外血肿。

4. 头颅 CT 检查 能迅速显示颅内结构，特别适用于颅脑外伤的急诊检查。在脑卒中的鉴别诊断中更有意义，虽然在脑梗死早期（24h 以内）可能难以完全显示梗死的部位，但对有无出血、出血的范围、中线结构有无移位、是否破入脑室等信息的提供有高度的准确性。不足之处对幕下结构显示不佳，对早期脑梗死、脑炎及等密度硬膜下出血等易漏诊。

5. 磁共振成像（MRI） 对后颅凹病变、脑肿瘤及脱髓鞘病灶比 CT 具有更高的灵敏度和准确度，尤其对脑肿瘤的诊断要优于 CT。对急性脑出血不如 CT，检查时间较长，因躁动或呼吸困难常使头位改变而影响图像质量。

6. 数字减影脑血管造影（DSA） 适用于疑似蛛网膜下隙出血的患者，可发现有无颅内动脉瘤或动静脉畸形。DSA 为有创性检查，并有一定的风险性。

（谭相如）

第二节 失语症、失用症、失认症

大脑器质性病变引起高级神经活动障碍如失语症、失用症和失认症。这些症状单独或相伴出现，如 Broca 失语可伴面 - 口失用。

一、失语症

(一) 失语症的理解

1. 语言交流的基本形式 听、说（口语理解及表达）、读、写（文字理解及表达）。口